

Brochure n° 3114 | Convention collective nationale

IDCC : 959 | **LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE
EXTRAHOSPITALIERS**

Accord du 9 juillet 2021

relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé

NOR : ASET2150986M

IDCC : 959

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

SDB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFTD,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national, à compter du 1^{er} janvier 2022.

Au long de leurs travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime solidaire sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé des bénéficiaires ;
- un régime mutualisé afin de rechercher le meilleur rapport garanties/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions des articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- un régime instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité tel que prévu par l'article L. 912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application ;

- un régime piloté paritairement afin d’en assurer la pérennité et la gestion au plus près des intérêts des salariés et des employeurs ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

En outre, les partenaires sociaux ont été particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime.

À l’issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ont décidé de mettre en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2022.

En application de l’article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent accord 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.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord qui s’incorpore au sein de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet d’instaurer un régime de frais de santé au bénéfice des salariés des entreprises entrant dans le champ d’application professionnel et territorial de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

Les dispositions du présent accord prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l’entreprise qu’elles résultent d’un accord collectif au sens de l’article L. 2232-11 du code du travail ou d’un référendum ou d’une décision unilatérale adoptées antérieurement ou postérieurement à la date d’entrée en vigueur du présent accord sauf lorsqu’elles assurent des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s’apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Il en résulte que le dispositif adopté au niveau de l’entreprise, selon l’une ou l’autre des modalités prévues à l’article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, pourra prévoir des améliorations de garanties en augmentant le niveau de celles prévues par le présent accord ou en créant des garanties supplémentaires.

Article 2 | Bénéficiaires du régime frais de santé de branche et dispenses d’affiliation

A. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de frais de santé bénéficie obligatoirement à l’ensemble des salariés titulaires d’un contrat de travail, quelle que soit sa nature, des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers dès la date d’effet du présent accord ou dès leur date d’embauché si celle-ci est postérieure.

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail dont le régime frais de santé est maintenu selon les conditions et modalités fixées ci-après au G.

B. Dispenses d’affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l’employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au régime de frais de santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à trois mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
 - les salariés bénéficiant de la couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
 - les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des IEG ;
 - mutuelles de la fonction publique ;
 - Madelin.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées aux articles précités et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

Bénéficiaire du « versement santé » dans les conditions fixées à l'article L. 911-7-1, I et II du code de la sécurité sociale, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine. Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C. Couverture collective à adhésion facultative des ayants-droit du salarié

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Par ayants droit, il convient d'entendre :

- le conjoint du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :
 - l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;

- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- les enfants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :
 - de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (centre national d'enseignement à distance) ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. En outre, 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 ;
 - quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Article 3 | Prestations garanties du régime frais de santé de branche

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier à minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option »

Les prestations garanties de l'option sont détaillées ci-après.







Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J.

Les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers devront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

Tableau des garanties

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

		BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
 HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	250% BR	350% BR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR	350% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
 DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	60 €	80 €
	Forfait maternité (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	150 €	200 €
	Par enfant		
	Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (11)	sans reste à payer (11)
	Soins		
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR	100% BR
	Soins dentaires avec dépassements dont inlay/onlay	150% BR	200% BR
 OPTIQUE Pour tous les cas de renouvellements y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Parodontologie	TM	TM
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	dents du sourire (8)	300% BR	350% BR
	dents de fond de bouche (9)	250% BR	300% BR
	inlays cores	150% BR	200% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	200 € / dent	400 € / dent
	Implantologie		
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	par implant et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Couronne sur implant : dents du sourire (8)	300% BR	350% BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9)	250% BR	300% BR
	Orthodontie (6)		
	Par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BR	350% BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BR	250% BR
	Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100 % Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
	Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)
 ÉQUIPEMENT Y compris l'examen de la vue par l'opticien	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Grille Optique n° 1	Grille Optique n° 2
	Lentilles		
	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minimum TM)	160 € (minimum TM)
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	120 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	400 €
			500 €
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC	
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
	Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

<div></div> <div>SOINS COURANTS</div> <div>auprès d'un professionnel conventionné ou non</div>	Honoraires médicaux				
	Consultation / visite / consultation en ligne				
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	200% BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	175% BR	
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	230% BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR	
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR	
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR	
	Honoraires paramédicaux		150% BR	200% BR	
	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes				
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	
	Matériel médical		Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% BR + 400 €/an / bénéficiaire	100% BR + 500 €/an / bénéficiaire
	Frais de transport sanitaire		Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (10)	100% BR	100% BR
	Cures thermales			100% BR	200% BR
	Médicaments				
			Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
			Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
			Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
			Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	150 €
			Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	120 €
	Médecine additionnelle et de prévention				
	Sur présentation d'une facture originale				
			Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes	25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an
			Dététicien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	50 €	80 €
			Ostéodensitométrie osseuse - - par an et par bénéficiaire	50 €	110 €
Assistance à domicile		oui	oui	oui	
Plateforme e conseil/devis/réseau		oui	oui	oui	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

GRILLES OPTIQUES			Grille optique n°1		Grille optique n°2		
			ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	
Simple	UNIFOCAUX	VU1 (1)	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		VU2	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
Complexe		VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
		VU5	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à- 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
Très Complexe	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre- 4,00 et + 4,00 dioptries	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		VM2	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de- 4,00 à + 4,00 dioptries	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM6	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
Monture			80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	

Article 4 | Cotisations et répartitions

D. Taux et assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

À titre d'information, pour l'année 2022, les cotisations TTC servant au financement du régime sont fixées et réparties comme suit :

(Voir page suivante.)

	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime général	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime local	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues en cas de changement de ces textes par voie d'avenant au présent accord.

Les taux de cotisations « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire proposés par l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J sont maintenus pour les exercices 2023 et 2024, hors évolution réglementaire.

E. Répartition des cotisations

Quel que soit le niveau de garantie frais de santé obligatoire choisi par l'entreprise (niveau « base obligatoire » ou niveau « option ») au minimum 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » est prise en charge par l'employeur.

En application du principe de faveur, chaque laboratoire reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Si le salarié demande à bénéficier en sus de sa garantie frais de santé obligatoire du niveau de garantie « option » souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion facultative, la cotisation s'y rapportant est à sa charge exclusive.

Le salarié a la possibilité s'il le souhaite et à sa charge exclusive de demander que ses ayants droit tels que définis ci-avant au C, bénéficient du même niveau de garantie que lui (le niveau de couverture des ayants droit est strictement identique à celui dont bénéficie le salarié). Les

cotisations « affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin » et « affiliation facultative enfant » mentionnées dans les tableaux ci-dessus sont à la charge exclusive du salarié.

F. Cas du laboratoire de biologie médicale extra-hospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1^{er} janvier 2022

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses de droit mentionnées ci-avant au B ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime collectif d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » (fixée ci-avant dans D), soit au moins égale à 1,62 % du PMSS en vigueur pour le régime général et 1,13 % du PMSS pour le régime local. Cette disposition s'applique lorsque le régime collectif d'entreprise présente soit des prestations strictement identiques (à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III) soit des prestations garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties, à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III. Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D, soit supérieure à 1,62 % du PMSS en vigueur pour le régime général et à 1,13 % du PMSS en vigueur pour le régime local pour la base obligatoire pour :
 - des garanties strictement identiques à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
 - des garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du 5° ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés.

Article 5 | *Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche*

G. Conditions et modalités du maintien des garanties du régime frais de santé de branche en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, à la couverture optionnelle est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale ainsi que d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle.

Dans une telle hypothèse, le laboratoire de biologie médicale extra-hospitaliers verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

En cas de suspension du contrat de travail avec absence de maintien de salaire, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

H. Maintien temporaire des garanties du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité santé »

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, au titre de la couverture « option » souscrite dans un cadre collectif obligatoire ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1° Le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

5° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

I. Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants-droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale de 1 an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H ou du décès du salarié.

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission paritaire nationale de la branche.

Par ailleurs dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites « d'accueil » standard pourront lui être proposées par l'organisme assureur.

À titre informatif, les cotisations proposées par l'organisme recommandé ci-après au J pour les anciens salariés et bénéficiaires sont les suivantes :

(Voir page suivante.)

Régime Général			Base	Option (Yc base)
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé		1,73%	2,16%
	Conjoint		1,62%	2,02%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,62%	2,02%
		Ancien salarié - année 2	2,03%	2,52%
		Ancien salarié - année 3	2,43%	3,03%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,93%	1,13%

Régime Local		Base	Option (Yc base)
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé	1,21%	1,64%
	Conjoint	1,13%	1,53%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,13%
		Ancien salarié - année 2	1,41%
		Ancien salarié - année 3	1,70%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime
	Enfant	0,64%	0,85%

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux dispositions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime frais de santé de la branche.

Article 6 | La mutualisation du régime frais de santé de la branche

J. Organisme assureur recommandé

Pour permettre la couverture des garanties prévues dans le présent article ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de recommander l'organisme assureur suivant :

- Uniprévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 10, rue Massue, 94300 Vincennes.

L'organisme assureur recommandé propose aux employeurs la souscription de contrats d'assurance négociés par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent article.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

K. Réexamen de la recommandation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux 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 article, soit pour le 1^{er} janvier 2027. À cette fin, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 7 | Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche

Le régime frais de santé de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1, I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

L. Mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale

Les partenaires sociaux prévoient de mettre en œuvre une mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale, qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles des organismes assureurs (notamment par une action sociale institutionnelle).

Sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale dans les conditions définies par l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux prévoient :

- de mettre en place des prestations d'action sociale à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux ;
- de mettre en place des actions collectives de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer ;
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée.

À cet effet, conformément aux dispositions du 3^o de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux décident qu'à compter de la date d'application du présent accord un fonds nommé « fonds de solidarité laboratoires de biologie médicale » commun à l'ensemble

des entreprises de la branche (y compris celles n'ayant pas rejoint l'organisme assureur recommandé par le présent accord) sera créé afin de financer les prestations et actions et percevoir les ressources mutualisées définies par le présent accord.

Ce fonds est piloté par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) qui établit le règlement relatif aux modalités de gestion des prestations proposées dans le cadre du fonds de solidarité.

Ce règlement prévoira l'ordre prioritaire des différentes actions visées dans la liste ci-dessus et pourra notamment fixer les orientations des actions de prévention ainsi que les conditions et modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

M. Gestionnaire du fonds de solidarité

Les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de choisir comme organisme gestionnaire du fonds de solidarité :

- Uniprévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 10, rue Massue, 94300 Vincennes.

Le choix de l'organisme gestionnaire du « fonds de solidarité laboratoires de biologie médicale » sera réexaminé lors du nouvel examen de l'organisme assureur prévu au J.

N. Financement du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est financé :

- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ayant choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire définies au D ci-avant ;
- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers n'ayant pas choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire définies au D ci-avant. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds de solidarité défini par le 7° du présent accord.

Le versement des 2 % au fonds de solidarité par les organismes assureurs devra avoir lieu 2 mois, au plus tard, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Article 8 | Date d'effet et durée de l'accord

Le présent accord prend effet le 1^{er} janvier 2022 pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers rentrant dans son champ d'application.

Il est conclu pour une durée déterminée de 5 ans.

Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont le liste est fixée par arrêté ministériel (art. D. 912-13 du code de la sécurité sociale).

Fait à Paris, le 9 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)