

Brochure n° 3114 | Convention collective nationale

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

### **Avenant du 9 juillet 2021**

relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé

NOR : ASET2150985M

IDCC : 959

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

**SDB,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNIC CGT ;**

**FSS CFDT ;**

**Pharmacie LABM FO,**

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022.

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

- 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 ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

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 au niveau national à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

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.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui révisé intégralement l'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978.

## Article 1<sup>er</sup>

L'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978 est désormais libellé comme suit :

### « 1° Hiérarchie des normes et accords d'entreprise

Les dispositions du présent article 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 article 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 article ou en créant des garanties supplémentaires.

### 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 article 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 D.

#### 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<sup>e</sup> 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 3 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<sup>er</sup> et le 31 décembre. Lorsque l’employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1<sup>er</sup> 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 quinze 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.

### 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.



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 la 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'article 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 :
 <b>H</b> <b>HOSPITALISATION (1)</b> 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 €
 <b>DENTAIRE (5)</b> 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
	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
	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et prothèses dentaires à tarifs libres	150% BR	200% 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		
	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.

<div></div> <div><b>SOINS COURANTS</b> auprès d'un professionnel conventionné ou non</div>	Honoraires médicaux				
	<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>				
	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, étiothérapeute, 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
			Détecticien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	50 €	80 €
			Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire	50 €	110 €
Assistance à domicile		oui		oui	
Plateforme conseil/devis/réseau		oui		oui	

OPTIQUE Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	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 € (minima TM)	160 € (minima 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 €

 <b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT</b> par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	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		
		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

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](http://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	UNIFOCAUX	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 €
	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 €
Très Complexe	MULTIFOCAUX	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 €

#### 4° Répartitions 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 afférentes aux ayants droit sont à la charge exclusive du salarié.

#### 5° Cas du laboratoire de biologie médicale extra-hospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1<sup>er</sup> janvier 2022

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1<sup>er</sup> 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 ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du 6° ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés.

## **6° Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche**

### **D. 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.

### **E. 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.

**F. 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 E.

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

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un 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 E ou du décès du salarié.

## **Article 2 | Date d'effet. Durée**

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers rentrant dans son champ d'application.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont la 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.)